171

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910 — THESE — N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 16 Février, à 1 heure

PAR

LOUIS FONTANIER

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né à Neussargue-Moissac (Cantal), le 21 Mai 1883

Thyroïdite Aiguë Grippale

Président : M. SEGOND, Professeur

Juges MM. DELBET, Professeur.
P. DUVAL } Agrégés.
OMBREDANNE }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
H. CHACORNAC, Editeur
9, Rue de l'Eperon, 9
—
1910

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. D. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale	BOUCHARD
Pathologie médicale	X..... / DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM / DIEULAFOY / DEBOVE / LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET / QUENU / RECLUS / SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARAN
Clinique d'accouchement	PINARD / BAR / RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BALTHAZAR	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BRANCA	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BESANÇON FERN.	GOSSET	LŒPER	RENON
BRINDEAU	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BROCA ANDRÉ	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
BRUMPT	JEANSELME	MARION	SICARD
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CASTAIGNE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	
CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Meis et amicis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

En dédiant ce modeste travail à mes parents, j'adresse un souvenir ému à la mémoire de mon père vénéré et du meilleur des frères, que j'ai eu la douleur de perdre pendant le cours de mes études médicales.

Puisse l'hommage spécial que je fais de ma thèse à ma bonne mère et aux miens, en témoignage de ma vive affection et de ma profonde reconnaissance, adoucir les grandes peines qu'ils viennent d'éprouver.

Je suis heureux d'exprimer ma gratitude et ma reconnaissance à tous mes maîtres et tout d'abord à mes maîtres de Clermont-Ferrand qui ont guidé mes premiers pas avec autant d'amabilité que de dévouement éclairé, à MM. les professeurs Bousquet, du Cazal, Maurin, dont les leçons cliniques sont gravées dans ma mémoire ; à MM. les docteurs Argaud, Billard, Buy, Dionis, du Séjour, Lepetit, Piollet, qui savaient si bien mettre la science à notre portée, dans ces débuts difficiles.

A Paris, je remercie spécialement MM. les professeurs Landouzy et Reclus ; je fus stagiaire dans leur service et je dois beaucoup à leur enseignement méthodique et précis. M. Laignel-Lavastine, médecin des Hôpitaux, fut pour moi un chef de clinique très dévoué.

J'ai eu l'honneur d'être externe à Lariboisière

auprès de MM. Reynier, chirurgien des Hôpitaux, membre de l'Académie de Médecine, Savariaud, chirurgien des Hôpitaux ; à St-Louis, auprès de MM. Couvelaire, professeur agrégé à la Faculté et Apert, médecin des Hôpitaux. Je rends hommage à leur science, à leur bienveillance et je garderai toujours d'eux le meilleur souvenir.

Que M. le professeur Segond, qui a bien voulu me faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, reçoive l'expression de ma sincère et respectueuse gratitude.

C'est un devoir pour moi de ne pas oublier dans ce tribut d'hommages ces amis d'élite qui ont charmé ma vie d'étude, soutenu mon courage en de pénibles circonstances.

Introduction. - Historique

Quand on envisage la pathologie du corps thyroïde, on la voit, en général pivoter, suivant l'expression du Prof. A. Broca, autour d'une lésion néoplasique, le goître.

Parmi les congestions et inflammations aiguës de la glande, il en est qui ont, il est vrai, des connexions étroites avec cette affection primordiale, (goître consécutif à l'inflammation, inflammation se localisant sur un goître) mais il en est d'autres sans rapports de pathogénie réciproque avec elle.

Après avoir été confondues avec le goître lui-même, elles ont été l'objet d'études spéciales.

De ce nombre est la thyroïdite aiguë « suppurative ». C'est une affection relativement rare, dont l'identification n'est pas très ancienne.

Bauchet en 1857, dans les articles, excellents d'ailleurs, qu'il publia dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie*, sembla croire être le premier à la définir, à reconnaître sa nature inflammatoire, mais dans un historique consciencieux fait par Lebert (1862), on trouve

signalés non seulement des observations, mais des travaux, des descriptions véritables sur la thyroïdite aiguë : J. L. Petit (1774) ; P. Frank, Walter (1817) ; Hupeden (1823, thèse de affectionibus inflammatoriis glandulæ thyroïdœ) ; Weisenveber, Grotzner (1847) ; Cruveilher (1849).

Après le travail de Lebert en 1862, remarquable d'observation et de critique, reposant sur 50 cas, il faut arriver aux découvertes de Pasteur sur la microbiologie pour avoir des études nouvelles et sérieuses sur l'étiologie et la pathogénie des infections thyroïdiennes. Parmi les auteurs d'ouvrages et thèses qui parurent alors, nous citerons Pinchaud (1881) ; Demme et Gérard-Marchant (1883) ; Wolfer et Charvot (1890) ; Colzi, Rascol, Tavel, Basso (1891-1892).

Puis surviennent les travaux de Roger et Garnier (1899-1900) sur « la glande thyroïde dans les états infectieux et toxi-infectieux », éclairant la question d'un jour nouveau. Ces travaux sont suivis d'études expérimentales par les mêmes auteurs en France, et à l'étranger par Christiani, Torri, Crispino (1902-1905).

Ainsi s'échelonnent dans l'histoire des thyroïdites les périodes anatomo-cliniques, étiologiques, bactériologiques.

C'est enfin une synthèse de ces connaissances à propos des maladies générales où la thyroïdite survient à titre de complication. On a ainsi en une série de chapitres distincts : les thyroïdites

dans les maladies éruptives, scarlatine, rougeole, variole ; dans la diphtérie ; dans les affections rhumatismales et pseudo-rhumatismales ; dans le paludisme ; dans la fièvre puerpérale les pyohémies. On a surtout étudié les thyroïdites dans la pneumonie, dans la fièvre typhoïde où elles sont le plus fréquentes.

Enfin on a rapporté quelques cas de thyroïdite aiguë au cours de la grippe. Ils sont peu nombreux et semblent pour la plupart avoir été relatés en raison de leur grande rareté. Le premier cas a été rapporté en France, par M. le Prof. Gaucher, lors de l'épidémie de grippe 1889-1890. Tavel (1892) dans sa monographie sur les thyroïdites au point de vue étiologique, signale 4 observations.

Donc extrêmement rare, *la thyroïdite aiguë grippale*, n'a pas eu souvent dans les Traités de médecine générale, droit « de cité » parmi les complications de cette maladie infectieuse. Dans le cadre des affections organiques (Traités de chirurgie), nous trouvons la grippe signalée dans l'étiologie des thyroïdites aiguës.

Ayant recueilli trois observations nouvelles de nos maîtres de Clermont, nous nous sommes proposés à la fin de nos études, d'en faire un faisceau avec les observations précédentes éparses dans la littérature médicale, puis de faire une étude d'ensemble sur la thyroïdite aiguë grippale, en signalant au passage, les points intéres-

sants, d'ordre particulier ou général, que nous avons cru trouver dans ces diverses observations.

Nous traiterons successivement, de l'étiologie et de la pathologie, de l'anatomo-pathologie, de la symptomatologie et des complications, du diagnostic, du pronostic, du traitement de la thyroïdite aiguë grippale.

Voici d'abord ces observations. En raison d'une grande affinité, nous n'avons pas exclu certains cas qui seraient plutôt des strumites. Il est, en effet, difficile de faire des distinctions essentielles entre l'infection de la glande saine et de la glande goîtreuse, surtout aux premiers stades de la transformation ; d'autre part, dans certains cas, l'infection intéresse à la fois la glande et le goître.

Thyroïdites et strumites sont, en général, étudiées de pair par les auteurs qui se sont occupés de la question. Mais il est nécessaire de signaler les particularités dépendant de l'état de la glande, particularités d'autant plus marquées que la texture s'écarte davantage du tissu normal, dans les formes goîtreuses kystiques spécialement.

Observations

OBSERVATION I

(Dr Duguet, Laribôisière. — Consignée dans la thèse de Rascol).

Suppuration diffuse de la région thyroïdienne consécutive à la grippe. — Ponction avec aspiration : guérison.

Caroline J..., âgée de 35 ans, ménagère, est envoyée le 22 avril 1891, par son médecin, le Dr Jeannin, à M. le docteur Duguet qui la fait placer dans son service, salle Bernutz, n° 26.

Née dans la Marne, la malade ne présente ni de son côté, ni du côté de ses parents, aucun antécédent important.

Elle était d'une santé parfaite, quand dans la journée du 28 mars dernier, elle fut prise de maux de tête, de frissons et de fièvre. Le lendemain, les mêmes phénomènes persistaient avec une intensité plus grande, avec une courbature générale et une grande douleur lombaire.

Après avoir souffert pendant trois ou quatre jours, la malade fit appeler son médecin, le docteur Jeannin, qui constata l'existence d'une grippe à forme pulmonaire, avec bronchite généralisée et embarras gastrique. Chaque soir la fièvre était plus vive.

Dix ou douze jours après le début, la malade ressentit

des douleurs avec élancements dans la partie gauche du cou, le long du trajet de la jugulaire qui sembla plus grosse ; mais en même temps, toute la région antérieure du cou se mit à augmenter fortement de volume et rapidement, au dire de la malade. Toujours est-il que la respiration devint de plus en plus gênée ; les accès de suffocation s'ajoutèrent à la dyspnée, devenue de l'orthopnée ; la malade n'eut plus de repos, ni jour ni nuit.

C'est dans ces conditions que son médecin l'amena dans le service de M. Duguet, le 22 avril. A la visite du matin, M. Duguet constate alors une augmentation considérable mais régulière de la région antero-latérale du cou, surtout dans la moitié inférieure, avec empâtement général, rappelant bien celui du goître diffus, mais douloureux, à la pression. Les mouvements de déglutition n'amènent pas, comme dans le goître ordinaire, à soulever cette masse empâtée et diffuse ; ils sont d'ailleurs douloureux.

Les veines superficielles sont fortement tuméfiées et le facies est bleuâtre, comme plombé.

La respiration est très gênée, il y a un véritable cornage, résultant de la compression de la trachée.

A l'auscultation, on constate que le murmure vésiculaire est faible, avec adjonction de quelques râles sibilants et ronflants.

Température : 39°.

La mensuration du cou donne : en bas 40 centimètres ; au milieu, 37 ; en haut, 34,5.

Cet état persiste, sans s'aggraver pourtant, du 22 au 26 ; la malade restant assise sur son lit, sommeillant un peu de temps en temps, mais en réalité, ne dormant pas et s'alimentant avec quelques tasses de bouillon et de lait.

La fluctuation étant douteuse, M. Duguet pratique, le 26, en avant et à gauche du cou, une ponction exploratrice avec la seringue de Roux ; il retire une certaine quantité de pus sanguinolent qui, examiné au microscope par son

interne, M. de St-Germain, très compétent en ces sortes de recherches, est reconnu comme contenant des diplocoques encapsulés, absolument analogues au pneumocoque de Fraenkel. Les cultures et les inoculations ont, du reste, parfaitement confirmé les données de cet examen.

Les jours suivants, l'état reste stationnaire avec une température qui varie de 38° le matin, à 39° le soir et une orthopnée ni plus ni moins menaçante.

La diminution de l'empâtement n'ayant pas lieu spontanément, M. Duguet pratique le 30, sur la région antéro-latérale gauche du cou, une ponction et retire avec l'aspirateur, cinquante grammes environ, de pus sanguinolent. On renouvelle avec ce liquide l'examen qui a été fait précédemment et on obtient de tous points les mêmes résultats.

A partir de ce moment, la fièvre oscille entre 37° le matin et 38° le soir ; la dyspnée diminue, le volume du cou également, le cornage cesse, la malade peut se coucher et dormir couchée, l'appétit renaît. Tout, en un mot, tend rapidement à rentrer dans l'ordre.

A la date du 20 mai, avant que la malade ne parte pour le Vésinet, on ne provoque plus aucune douleur en pressant sur le cou ; la déglutition est facile aussi bien que la respiration, mais il persiste en bas et en avant, un certain empâtement profond qui donne à penser à l'existence antérieure d'une certaine hypertrophie du corps thyroïde, à l'existence préalable, en un mot, d'un petit goître à ce niveau.

Ne serait-ce, au contraire, qu'un reliquat de cette suppuration diffuse et aujourd'hui guérie de la région thyroïdienne ? La chose est possible, vu que la malade n'avait point remarqué qu'elle eut, antérieurement à cette maladie, un début de goître.

Il est en tous cas difficile de dire si cette suppuration diffuse et grippale s'est faite primitivement dans le corps thy-

roïde ou simplement autour de lui, dans la région parathyroïdienne.

(Mensuration du cou à la sortie : en bas, 36 centim. ; au milieu, 34 centim. ; en haut, 32 cent.)

OBSERVATION II

(Dr Lepetit, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, rapportée dans le *Centre Médical*, 1er décembre 1908)

Le malade est un homme de 45 ans, de très bonne santé habituelle, n'ayant jamais remarqué d'augmentation de volume de son corps thyroïde. En mars 1899, pendant une épidémie de grippe, il est pris de troubles généraux rappelant cette affection ; je ne l'ai pas vu à cette période de la maladie, mais, d'après ce que m'a rapporté son médecin, c'est bien la grippe qu'il a eue avec des symptômes broncho-pulmonaires peu marqués, mais un état général assez sérieux dès le début ; au cours de ce stade, il eut notamment une éruption abondante, rappelant la suette miliaire, paraît-il ; vers le quinzième jour de la maladie, il accusa une douleur vive à la base du cou ; la fièvre augmente et l'état général devient assez grave. C'est alors qu'on me fait appeler et je trouve le malade dans l'état suivant : grand abattements, facies plombé, traits tirés comme les malades profondément infectés ; respiration assez difficile, un peu précipitée, un peu bruyante ; fièvre élevée. A l'examen du cou, où le malade accuse une douleur vive, on trouve une augmentation de volume très accusée à la base du cou qui

paraît élargi, en même temps qu'une forte saillie se dessine sur la ligne médiane, un peu au-dessus de la fourchette sternale et se prolongeant latéralement des deux côtés. La peau est rouge et tendue, œdémateuse ; si on palpe, on sent une tuméfaction bien limitée, faisant comme un fer à cheval sur la face antérieure de la trachée, fluctuante, très douloureuse à la pression ; cette masse suit les mouvements d'ascension du larynx pendant la déglutition.

Il ne peut évidemment pas y avoir le moindre doute au sujet du diagnostic, en présence de ces signes : j'ai affaire à une thyroïdite aiguë suppurée.

Le malade est endormi avec précaution à cause de la gêne respiratoire ; je fais au point le plus saillant, sur la ligne médiane, une incision traversant la peau, l'aponévrose cervicale et ouvrant la capsule thyroïdienne. Aussitôt il s'en échappe un flot de pus ; en explorant avec le doigt, je reconnais que la glande tout entière, l'isthme et les deux lobes ont été détruits par la suppuration : drainage.

La guérison est rapide : l'écoulement purulent se tarit en quelques jours, en même temps que l'état général se remontait et au bout de peu de temps la guérison était complète sans le moindre trouble fonctionnel.

OBSERVATION III

(Dr Lepetit, de Clermont-Ferrand, rapportée dans le *Centre Médical*, 1er décembre 1908)

Mme S... Antoinette, de Maringues, 65 ans.

Cette femme, depuis l'âge de 25 ans, était atteinte de goi-

tre, portant sur les deux lobes latéraux, qui étaient de la grosseur d'un œuf environ ; elle n'en souffrait pas, pourtant elle s'essouflait facilement quand elle marchait un peu vite ; sa mère était également goîtreuse, du reste elle est d'une région à goître.

Cet hiver, elle fut prise de grippe au mois de janvier et garda le lit deux mois ; rechute en avril et séjour au lit de trois semaines ; pendant cette rechute, elle eut pour la première fois de la tachycardie et une toux très rebelle s'accompagnant de suffocation très pénible. Vers la fin de cette rechute de grippe elle commença à être prise de grands frissons le soir, en même temps qu'une douleur apparaissait dans le goître du côté gauche qui grossit assez sensiblement, si bien qu'à la fin de mai il était devenu de la grosseur du poing. La douleur augmentait parallèlement jusqu'à gêner sérieusement la déglutition, mais cette douleur n'était pas continue, il y avait des accalmies presques complètes de temps en temps. La malade raconte qu'elle avait alors un mauvais goût spécial dans la bouche, qu'elle ne peut définir. Huit jours avant l'entrée à l'hôpital, brusque recrudescence de la douleur qui devient très aiguë, surtout vive dans l'oreille, empêchant le sommeil, empêchant la déglutition, pendant que la tuméfaction augmentait rapidement pour prendre le volume des deux poings Le malade entre dans notre service à l'Hôtel-Dieu, salle St-Barthélémy, le 13 juillet 1907.

A l'examen, on constate, sur la face latérale gauche du cou, une grosse tuméfaction, oblique en haut et en arrière, partant de la fourchette sternale et allant jusqu'à l'apophyse mastoïde ; elle s'engage sous le sterno-mastoïdien en arrière. La peau est rouge, œdémateuse, sillonnée de veines dilatées ; la tuméfaction est régulière, légèrement proéminente en son milieu ; elle est excessivement tendue et rémittente ; la trachée est fortement refoulée à droite ; si on fait exécuter des mouvements de déglutition à la mala-

de, la tumeur suit les mouvements d'ascension du larynx, ce qui démontre qu'elle siège dans le corps thyroïde : elle est mobile sur les plans profonds, mais adhère à la peau. La température est élevée : 38° 5 le matin, 39° 8 le soir.

En présence de ces signes, le diagnostic est évident ; le siège, la limitation, la solidarité avec le larynx, démontre que la lésion siège dans la thyroïde ; un phlegmon pur et simple du cou ou une adénite suppurée aurait eu un caractère diffus et non une limitation nette comme nous l'avions ; une tumeur maligne aurait amené l'adhérence aux plans profonds et une dépréciation plus grande de l'état général ; mais nous notons en passant que la rapidité de la marche et que la fièvre n'auraient pas suffi à écarter le diagnostic de tumeur maligne ; il m'a été donné d'observer récemment une tumeur maligne du corps thyroïde qui a eu une marche encore plus rapide. avec fièvre vive, rougeur de la peau, comme le plus typique des phlegmons. C'est donc à une thyroïdite que nous avons à faire, suppurée comme le montre la rémitence et l'œdème de la peau ; thyroïdite développée sur une glande déjà affectée de goître ; et il y a une succession trop manifeste entre les deux atteintes de grippe et cette poussée de thyroïdite pour ne pas voir une relation de cause à effet entre les deux, quoique l'examen bactériologique n'ait pas été fait.

Opération le 16 juillet 1907. Longue incision latérale partant du milieu de la clavicule et allant jusqu'à l'apophyse mastoïde ; on recline en arrière le sterno-cleïdo-mastoïdien et on arrive sur le corps thyroïde congestionné, violacé, et présentant nettement au doigt de la fluctuation, une ponction au trocart donne peu de chose ; il y a de fortes adhérences extra-capsulaires qui rendraient pénible et dangereuse une thyroïdectomie partielle du lobe atteint. Nous avons désormais en vue une opération intra-capsulaire ; le champ opératoire est garni de compresses et la capsule incisée laisse sortir du pus, seul d'abord, puis mêlé

de sang ; le doigt introduit par l'ouverture rencontre une cavité fortement cloisonnée par des brides fibreuses, des petites poches secondaires sont ouvertes et vidées. Nous réséquons la plus grande partie de la paroi externe de cette cavité, formée par du tissu thyroïdien plus ou moins transformé, en faisant une décortication sous-capsulaire ce qui facilite beaucoup l'hémostase ; nous lavons alors la cavité à l'eau oxygénée et suturons la partie supérieure, laissant largement ouverte la moitié inférieure qui est bourrée de gaze stérilisée.

Le lendemain de l'opération, on observe des phénomènes de tachycardie qui se continuent pendant quelques jours ; pouls entre 125 et 130, quoique dès le surlendemain, la température soit tombée à 37° ; ce n'est que plus de 10 jours après que le nombre des pulsations est revenu à la normale ; en même temps la peau est constamment moite et humide avec de temps en temps des sueurs profuses, c'est-à-dire des troubles rappelant les symptômes de la maladie de Basedow, tenant certainement à une résorption exagérée des produits thyroïdiens. On enlève les fils le neuvième jour ; la partie suturée est bien réunie, la suppuration beaucoup diminuée. La malade quitte le service complètement guérie, le 14 août 1907.

OBSERVATION IV

(Charles Viannay, interne des Hôpitaux de Lyon. — *Province médicale*, 25 août 1900)

Un cas de strumite, avec ablation secondaire du goître

Nous avons observé, tout récemment, un cas de strumite suppurée, dans le service de notre maître, M. Jaboulay.

C'était une femme âgée de 51 ans, dont le goître était, sinon congénital, du moins très ancien. Originaire de Saint-Béron, en Savoie, localité où l'on ne rencontre ordinairement pas de goîtres, cette malade était fille d'un père goîteux, qui mourut, à un âge avancé, d'une maladie aiguë, indépendante de sa tumeur thyroïdienne.

Sa mère est morte également, elle ne sait de quelle maladie.

Personnellement, cette femme a toujours été bien portante, si l'on excepte une série d'amygdalités phlegmoneuses, qu'elle eut dans son jeune âge et plus tard.

Mariée à 20 ans, elle eut deux enfants qui moururent, l'un à 25 mois, l'autre à 25 ans, elle ne sait de quelle maladie.

A 32 ans, elle fit une fausse couche de six mois, sans cause apparente. Elle dit n'avoir eu, à cette époque, ni éruption cutanée, ni angine, ni alopécie, ni rien qui puisse faire admettre chez elle l'existence de la syphillis. A l'âge de 42 ans seulement elle eût une éruption purigineuse qui fut traitée simplement par des bains sulfureux. Cette éruption guérit, mais fit chaque année, pendant 5 ans, un retour offensif.

Quant au goître, qui fut récemment le siège d'accidents infectieux, il est difficile de préciser l'époque de son début. La malade dit l'avoir toujours eu, aussi loin du moins que s'étendent ses souvenirs. Il était très petit à l'origine, puis il subit une augementation de volume passagère, à l'occasion de chaque grossesse.

Il y a deux ou trois ans, il se mit à grossir d'une façon lente, mais continue ; il était surtout saillant à gauche.

Puis il commence à devenir douloureux, surtout l'hiver ; il occasionnait, de temps à autre, des névralgies dans la moitié gauche de la face et de la tête. A plusieurs reprises, la malade eut un peu de raucité de la voix, intermittente et passagère.

En janvier 1900, cette femme contracta l'influenza. Elle resta plus d'un mois malade, eut des symptômes pulmonaires très accusés et rendus plus pénibles par la présence de son goître, qui devint en même temps plus douloureux. Elle ne se remit jamais bien, dit-elle, de cette maladie et, depuis lors, son goître ne cessa de lui faire mal.

Enfin, au début d'avril, il se mit à augmenter rapidement de volume, tandis que la respiration et la déglutition étaient de plus en plus gênées. Bientôt la peau devint rouge, à gauche, et, la dyspnée étant de plus en plus vive, la malade vint se présenter à l'Hôtel-Dieu, où elle fut admise, le 1er mai 1900, dans le service de M. Jaboulay, suppléé par M. Durand.

Toute la région antérieure du cou était alors distendue par une tuméfaction massive, s'étendant du menton à l'extrémité supérieure du sternum. Au point culminant de cette voussure, qui proéminait surtout à gauche, la peau était rouge ; chaude, tendue et l'on apercevoit très nettement de la fluctuation. A la périphérie, au contraire, la tumeur était dure, non mobilisable dans le sens transversal, adhérente aux plans profonds.

La malade était en proie à une dyspnée intense. Elle disait avoir beaucoup maigri, sa langue était saburrale, son état général précaire.

Une incision, faite au point culminant de la tuméfaction, donna issue à 250 grammes environ, d'un pus louable, jaune et bien lié. On draîna la poche ainsi vidée, qui continua à suppurer assez abondamment. La malade fut très soulagée par cette opération. Le 5 mai, on incisa une seconde collection purulente sur la ligne médiane, que l'on mit en communication avec la première, un seul drain passant par les deux incisions. Cette vaste poche continua à suppurer pendant trois semaines environ.

Après la seconde incision, la tuméfaction s'était notablement circonscrite, grâce à la disparition des phénomènes

inflammatoires. On put alors explorer aisément le goître qui s'était développé surtout aux dépens du lobe gauche du corps thyroïde. On sentait, en outre, attenants à la tumeur, deux ganglions volumineux et durs appartenant à la chaîne carotidienne du côté droit.

Tout cet ensemble continua à diminuer de volume et, le 5 juin, la suppuration ayant beaucoup diminué, M. Jaboulay put procéder à l'extirpation du goître. Il fut impossible d'énucléer les masses thyroïdiennes restantes. On enleva par morceaux, la plus grande partie, par une incision en H, utilisant partiellement les anciennes. Puis on laissa tout ouvert, afin de permettre l'élimination des résidus du goître. Au bout de deux mois, cette élimination était complète, et les incisions étaient cicatrisées par seconde intention.

La guérison du goître était aussi parfaite qu'on pouvait la souhaiter, et la malade s'apprêtait à quitter l'hôpital quand elle présenta de nouveau, des troubles dyspnéïques très intenses, ne pouvant être attribués au peu qui lui restait de son corps thyroïde, et qui donnèrent l'idée d'examiner ses urines. On y constata la présence d'une grande quantité d'albumine. En même temps apparaissaient des œdèmes péri-malléolaires. La malade fut mise pendant quelques jours au régime lacté, puis envoyée dans un service de médecine.

OBSERVATION V

(Dr Gaillard. — *Société médicale des Hôpitaux*. 1895)

Thyroïdite aiguë grippale, terminée par la résolution

Marie B..., âgée de 40 ans, ménagère, entre dans mon service, à l'hôpital Tenon, le 23 mars 1895. C'est une femme

de petite taille, maigre, d'aspect chétif, qui présente un certain degré de scoliose. Elle a toujours habité Paris. Elle a accouché normalement, à l'âge de 25 ans ; après l'accouchement elle a contracté la fièvre typhoïde. Depuis cette maladie, métrorrhagies et pertes blanches fréquentes ; la patiente a été soignée à la Charité pour une pelvi-péritonite. Menstruation toutes les trois semaines. Jamais de rhumatismes.

En 1891, la malade a perdu son mari ; son chagrin a été très vif. En 1893, elle a commencé à souffrir de tremblement ; son caractère s'est modifié, elle est devenue nerveuse, irascible. Un an plus tard ,elle a eu des palpitations paroxystiques ; pas de tuméfaction du corps thyroïde ; jamais d'exophtalmie.

Vers le 1er mars 1895, grippe : céphalalgie, frissons, courbature, toux, raucité de la voix, coryza. Ces phénomènes persistent une douzaine de jours seulement.

La guérison paraissait acquise depuis plus d'une semaine, lorsque Mme B..., ayant ses règles s'exposa au froid. Il n'y eut pas arrêt du flux menstruel, mais le 20 mars la malade éprouva une douleur vive à la région cervicale surtout à droite ; elle eut en même temps de la gêne de la déglutition et de la fièvre ; elle s'aperçut d'une tuméfaction évidente du cou.

Ces phénomènes s'accentuèrent jusqu'au 23 mars. En arrivant à l'hôpital, la malade se plaignait surtout de ne pouvoir avaler sans douleur ni solides, ni liquides.

Le soir T V. 38° 8.

Le 24 mars 38° 7. Pouls 128.

J'examine soigneusement la malade et je constate à la région qu'elle me désigne, c'est-à-dire à la base du cou, une tumeur grosse comme un œuf de poule, évidemment développée, aux dépens du lobe droit, du corps thyroïde Cette tumeur est douloureuse à la palpation ; la peau qui la recouvre est rouge, tendue, luisante. Le lobe gauche du

corps thyroïde est sensible à la palpation mais moins volumineux que le lobe droit.

Pas d'angine. Pas de tuméfaction des ganglions. Rien dans les muscles sterno-mastoïdiens. L'auscultation de la poitrine ne fournit aucun résultat. Au cœur, un bruit de galop. Dilatation de l'estomac jusqu'à l'ombilic. Battements de l'aorte abdominale faciles à percevoir. Urine normale, pas d'albumine.

Langue chargée, constipation.

La malade affirme qu'avant les incidents de ces derniers jours, elle n'avait pas de goître.

Diagnostic : Thyroïdite aiguë, intéresant surtout le lobe droit, probablement d'origine grippale.

Traitement : Purgation. Huile de jusquiame belladonnée pour onctions. Antipyrine, 1 gramme. Lait, Bouillon.

Le soir, 39°3.

Le 25 mars, 38° 5 ; pouls 100. La dysphagie persiste. La déglutition ne s'effectue qu'au prix de douleurs vives. La langue est moins chargée. Lobe droit du corps thyroïde peut-être un peu moins tuméfié.

Le soir 39° 5 ; antipyrine, 1 gramme.

Le 26 mars 38° 5 ; P. 96. Amélioration sensible. Dysphagie moindre. Tuméfaction atténuée à droite et à gauche. Langue moins sale. La malade demande un potage. Soir 38° 7.

Le 27 mars 37° 5 ; P. 100. Le lobe droit a encore le volume d'un marron. Le lobe gauche ne fait plus de saillie appréciable. Soir, 38° 1.

Le 28 mars, la déglutition s'effectue sans aucune difficulté. La saillie du lobe droit n'est presque pas appréciable. T. 37° 4 et 37° 2 ; P. 92.

Le 29 mars 37° 1 ; P. 86. Guérison complète. Indolence absolue ; absence de saillie ; la palpation de la région thyroïdienne, ne révèle aucune tuméfaction appréciable. Le gonflement du corps thyroïde a disparu sans laisser de

trace. Il ne s'agissait donc pas d'un goître enflammé, d'une strumite. Mon diagnostic était exact. Je supprime l'antipyrine. L'appétit laisse encore à désirer.

Le 1er avril, la langue est un peu chargée ; inappétence. La malade se plaint de vertiges, de palpitations. Le pouls offre quelques irrégularités ; 80 pulsations. Pas de lésion appréciable du cœur.

Le 2 avril, je constate une accélération du pouls : 124. La malade accuse encore des palpitations. Elle dort mal : 2 grammes de bromure de potassium.

Le 4 avril 37° ; P. 128 le matin.

Le 5 avril 36° 8 ; P. 92 le matin.

Le 6 avril 36° 4 ; P. 140. Je continue le bromure de potassium. La malade reprend l'appétit. Elle se lève toute la journée. Rien de nouveau au cou.

La malade reste à l'hôpital en observation jusqu'à la fin du mois d'avril. L'apyrexie persiste, l'état général s'améliore, mais le pouls est parfois accéléré (120 environ) et la malade accuse des palpitations. Je ne constate pas d'autres phénomènes. La tuméfaction du corps thyroïde ne se reproduit pas. Il n'y a ni vertiges, ni migraines, ni tremblements, ni désordres oculaires.

L'urine demeure normale.

Au moment où la malade demande à quitter l'hôpital pour reprendre ses occupations, le cœur est calme.

OBSERVATION VI

(Dr William Barker Russel. *British Médical Journal*, 4 mai 1895)

Un cas de goître aigu à la suite d'influenza

Le 20 mars 1895, je fus appelé auprès d'une dame qui

avait eu les symptômes très nets d'une attaque d'influenza et qui, à la suite, présentait dans la région du cou, une tuméfaction douloureuse. A l'examen, je trouvais une augmentation de la glande thyroïde, occupant principalement le lobe droit, qui était excessivement dur et tendu. La tuméfaction s'enfonçait profondément sous le sterno-mastoïdien, s'étendant à l'isthme et comprimant la trachée ; elle affleurait le lobe gauche, plus mou et pas douloureux. La peau et les tissus sous-cutanés n'étaient pas enflammés et glissaient librement sur la glande, qui semblait être contenue comme dans une mince bourse par sa capsule propre. Pas de ganglions dans le cou, ni dans l'aisselle ; rien aux glandes salivaires, ni aux amygdales. Elle éprouvait une assez grande difficulté pour respirer et avaler la salive, mais pas de modification de la voix à aucun moment.

La glande augmente de volume et de dureté, de jour en jour ; mais aucun point de ramollissement ne signala la formation de pus. La température prise à ce moment était de 104 ° 2, F (40° 1) dans l'aisselle droite à proximité de la tuméfaction, tandis qu'elle était de 2 degrés moindre dans l'aisselle gauche où il n'y avait pas d'inflammation.

Le 24 mars, par une forte bourrasque de vent, la fumée envahit l'appartement de la malade, ce qui lui occasionna une forte trachéïte. La dyspnée devint alors très alarmante. Elle avait de l'orthopnée ; l'expectoration était difficile. Elle présentait un certain degré d'asphyxie avec grande anxiété et sueurs.

Ayant convenu d'une consultation avec le Dr Cockhill, il fut décidé d'essayer les effets d'un émétique de vin d'ipéca, avant d'avoir recours à la trachéotomie qui n'aurait été praticable qu'au-dessus de l'isthme par un long tube passé à travers l'étranglement de la trachée.

Cet émétique qui réussit à merveille, produisit un grand soulagement. Il dégagea les premières voies respiratoires

de beaucoup de mucosités, allégea l'estomac, fit tomber le spasme. La respiration devint plus aisée.

Pendant cette nuit, et les jours suivants, beaucoup de matières muco-purulentes accumulées furent expectorées. La glande devint progressivement moins tendue et diminua de grosseur ; la fièvre tomba et après une semaine environ, la malade était presque rétablie, n'eût été la faiblesse consécutive.

Aucune augmentation de la thyroïde n'a été remarquée depuis cette affection.

Elle est maintenant un peu plus grosse du côté gauche que normalement, mais absolument molle.

Le traitement externe consista en badigeonnages avec de la glycérine belladonée, cataplasmes de farine de lin, inhalations de vapeurs saturées d'essence de térébentine. A l'intérieur, le salicylate de soude et l'iodure de potassium furent administrés dès le début et sans résultat ; dans la suite, une potion pectorale.

Ce cas me semble digne de signaler, à cause de son extrême rareté. Je ne sache pas qu'un cas de thyroïdite aiguë, comme complication de la grippe, ait été rapporté dans le *British médical Journal.*

OBSERVATION VII

(Dr C. W. Smelton. — *British Médical Journal*, 18 mai 1895)

En janvier 1893, je soignais un pasteur, âgé de 45 ans environ, pour une banale attaque d'influenza. Il y avait trois jours, que la température était tombée, lorsqu'il se plaignit d'une douleur à la gorge. Il avait une certaine difficulté à respirer et je trouvais que la température s'était

relevée. C'était une tumeur inflammatoire aiguë, de la glande thyroïde. Il avait un cornage assez marqué et une légère dyspnée. La masse entière est mobilisée librement quand le malade fait des mouvements de déglutition. La tuméfaction apparaît à peu près uniforme, les deux lobes et l'isthme sont élargis. Traitement : applications humides chaudes ; salicylate de soude et iodure de potassium administrés à l'intérieur. La grosseur a diminué considérablement en deux ou trois jours ; mais quand je revois le malade après plus de onze mois, l'isthme restait un peu volumineux. Ce cas me semble digne d'être relaté à côté de celui qu'a rapporté le Dr Russell dans le *Bristh Médical Journal.*

OBSERVATION VIII

(Dr P. O. Watkin Browne. — *British Médical Journal* 22 juin 1895)

Acute brochocele following influenza

Ce cas diffère un peu des deux cas déjà rapportés et semble digne d'être enregistré à leur suite.

En avril 1894, je fus appelé à voir une dame de 45 ans environ, souffrant de l'influenza. Elle avait une petite tuméfaction uniforme des deux lobes de la glande thyroïde et de l'isthme. Elle ne s'en plaignit pas d'abord parce qu'elle l'avait depuis son jeune âge ; mais un mois à peine s'était écoulé qu'elle attira mon attention sur une douleur qu'elle éprouvait sur le côté gauche du cou. En même temps, la température qui était tombée, remonta et le lendemain, il y avait une tuméfaction très apparente du lobe gauche du

corps thyroïde, avec rougeur de la peau qui ne glissait pas librement sur la tumeur.

Un topique à la glycérine belladonée ne produisant aucun soulagement de la douleur et ne réduisant pas les dimensions de la tumeur, des cataplasmes chauds de farine de lin furent appliqués. La tuméfaction malgré tout s'accrut progressivement et occupa toute la partie gauche du cou, du maxillaire inférieur jusqu'à la clavicule, supprimant tous les plis de cette région. Pendant ce temps, la peau devint très rouge et tendue et la tumeur pointa vers l'extérieur ; elle était fluctuante près de son pôle inférieur, les tissus environnants étaient durs.

Il survient une dyspnée intense, aboutissant à l'orthopnée et l'état du patient devint si sérieux que je perçais la tumeur avec un trocart à son point le plus proéminent et le plus ramolli. Je n'obtins aucun résultat, aucun liquide ne s'échappa ; alors d'un seul coup, je fis une petite incision de la peau et j'introduisis une sonde mousse, en tâchant de pénétrer profondément dans les tissus. Alors il sortit un pus épais, visqueux, jaune qui de jour en jour devint moins jaune et plus liquide et moins abondant.

Les symptômes menaçants disparurent dès que l'incision fut faite ; la température tomba et en peu de jours la malade sembla presque guérie. L'écoulement cependant, continua et maintenant (il y a treize mois depuis), ce même liquide fluide s'écoule encore, mélangé avec un peu de sang, occasionnellement, lorsque la malade s'est un peu surmenée. Elle voit et sent très bien ; elle fait son travail et se plaint seulement, lorsque la fistule ne donne pas avec sa mesure habituelle.

OBSERVATION IX

(Dr John Kiffin. — *British Médical Journal*, 22 juin 1895)
Acute bronchocèle following influenza

Le compte-rendu dans le *British Médical Journal* du 4 mai, d'un cas de thyroïdite aiguë, survenant comme complication de l'influenza me rappelle un cas analogue que j'ai eu dans ma clientèle, en décembre 1894, Mrs C..., mariée, 42 ans, avait eu l'influenza en décembre, du 2 au 13. Le 21 décembre elle se plaignit de douleurs généralisées. La température était de 103° F. (39° 4). Elle se plaignait surtout d'une douleur dans la région thyroïdienne, qui n'était pas augmentée encore, mais tendue. Six heures après l'avoir vue pour la première fois, je fus de nouveau appelé et je la trouvais dans une grande angoisse, avec un élargissement considérable de la glande thyroïde et une intense douleur lancinante, dans la glande et les deux côtés du cou. J'appliquais des cataplasmes chauds qui amendèrent la douleur et j'ordonnais une potion à l'iodure de potassium, pour toutes les cinq heures et trois granulés de sulfate de quinine dans une tasse de lait, chaque deux heures.

Le lendemain matin, la glande était encore plus volumineuse et la peau très tendue et luisante. La température était de 102° F (38° 8). La malade éprouvait une grande difficulté pour avaler, et la respiration était laborieuse. Je badigeonnais la surface de la glande et les côtés du cou avec de la glycérine belladonée et j'appliquais par dessus une bonne couche de coton cardé. Le 27 décembre au soir, 52 heures après, elle n'éprouva aucune douleur dans le cou ; elle était soudainement soulagée et elle dormit pour la première fois depuis son atteinte. La glande diminua rapidement, en l'espace de quatre jours, mais ne revint pas à son volume primitif et elle est encore un peu grosse. La

malade eut une autre attaque d'influenza au mois de mars dernier et elle fut très malade pendant près de trois semaines. Il ne survint aucune douleur ni aucune augmentation de la thyroïde.

En outre que c'est une complication relativement rare de l'influenza, il était intéressant de noter la rapide résolution de l'inflammation, la disparition soudaine de la douleur et le fait qu'une nouvelle attaque d'influenza au printemps, n'amena aucun retour de thyroïdite.

OBSERVATION X

(Communiquée par le Dr Billard, médecin de l'Hôtel-Dieu, Clermont-Ferrand)

Au mois d'août 1908, le Dr Billard a observé une malade âgée d'environ 50 ans, qui avait présenté tout d'abord tous les symptômes d'une grippe banale, avec température élevée, céphalée, courbature, catarrhe des premières voies respiratoires.

Huit jours après le début de l'infection, la malade se plaint d'une douleur rétro-sternale assez vive et l'attention est alors attirée sur le corps thyroïde. Celui-ci est volumineux, le lobe gauche gros comme une mandarine, dur, douloureux à la pression ; le lobe droit, bien que légèrement hypertrophié ne paraissait pas en cause. Pas de rougeur de la peau, qui n'est pas adhérente à la tumeur. Celle-ci est solidaire des mouvements du larynx. La température atteint 39°, le soir.

Cette malade présentait antérieurement à son infection en cours, des troubles généraux, indiquant nettement de

l'insuffisance thyroïdienne : ménopause précoce, cheveux rares et blanchis de bonne heure, peau terne et un peu épaissie, une légère torpeur cérébrale.

On institue un traitement général énergique, consistant en stimulants et surtout en l'administration de sulfate de quinine, injections hypodermiques de chlorhydro-sulfate. Traitement local : application de compresses chaudes.

Au début du traitement, il se dessine une tendance à l'amélioration. La température baisse jusqu'à 38° le soir ; la tuméfaction semble diminuer. Toujours pas de rougeur, pas de sensation de fluctuation, pas d'œdème laissant soupçonner la suppuration. Alors l'état reste stationnaire pendant une dizaine de jours.

La malade cependant s'amaigrit, puis son état général s'affaiblit de plus en plus, sa torpeur cérébrale s'exagère et des phénomènes locaux, jusqu'alors peu marqués, deviennent inquiétants : compression de la corde vocale, raucité de la voix, cornage, difficulté de déglutition, alimentation à peu près impossible par la voie normale, troubles cardiaques réflexes, palpitations.

En face de cet état et malgré la faiblesse de la malade une intervention chirurgicale était décidée lorsque, brusquement, après une quinte de toux, la malade expectore une assez grande quantité de pus à odeur nauséabonde l'abcès s'est vidé dans la trachée. Il survient encore à la suite, plusieurs vomiques. La malade, très déprimée, succombe finalement dans une syncope.

OBSERVATION XI

(Herr Holz. — Société de médecine de Berlin, 8 janvier 1890)

Un commerçant âgé de 31 ans, fut atteint par l'influenza vers le milieu de décembre de l'année dernière. Malgré le conseil de son médecin, il ne resta pas chez lui et se remit au travail. Il eut une récidive bien caractérisée avec frisson, fièvre intense et bronchite. Et voilà qu'il éprouve alors, dans la nuit, des étouffements terribles et de la difficulté à avaler sa salive. En l'examinant, je trouve comme cause de ces accidents, une inflammation de la glande thyroïde du côté droit, — la glande était normale antérieurement. Le lobe droit était gros comme une petite pomme et remontait jusqu'au cartilage thyroïde ; en bas la tuméfaction descendait jusqu'au sternum, au manubrium, dont la percussion accusait de la matité sur une étendue de 2cm. Extérieurement on sentait une tumeur pâteuse, soulevant le sterno-mastoïdien, douloureuse spontanément et au toucher, dépassant la ligne médiane avec déplacement de la trachée et de la pomme d'Adam à gauche. Le traitement par la glace et l'antipyrine produit une amélioration, quant à la douleur, à la fièvre, à la dysphagie, mais n'a aucune influence sur la tumeur qui augmente de volume, devient plus dure et donne alors l'impression d'un goître alvéolaire, gros comme un œuf d'oie. Pendant l'accroissement de la tuméfaction, le patient éprouve des douleurs aux reins ; il a de l'albuminerie, mais absence d'éléments figurés (cylindres, etc.) ; sudation abondante que j'attribuais à l'antipyrine ; pas d'augmentation de la rate. Du côté droit du cou, on ne percevait pas de pulsation veineuse, tandis que la carotide donnait une pulsation très forte qui soulevait la tumeur, mais sans que celle-ci soit pulsatile.

En même temps que la tumeur s'est développée, les deux globes oculaires sont devenus plus saillants et on aurait pensé à la maladie de Basedow, n'eût été que la fréquence du pouls à 140 pulsations s'associât à une température de 39° 5, n'eût été l'absence du signe de Graëfe (défaut d'harmonie entre les mouvements des paupières et ceux du globe oculaire), on pouvait croire à de la stase veineuse dans la tête due à l'inflammation de la glande thyroïde. Le diagnostic s'est élucidé : Le troisième jour après l'apparition de la tumeur on a du ptosis du côté droit mais ce n'est pas un ptosis paralytique des nerfs moteurs oculaires car il n'y a pas de paralysie des muscles oculaires et la paupière supérieure droite peut se baisser et se soulever à volonté et l'œil se fermer. Il n'y a pas également, comme dans la paralysie, des nerfs moteurs oculaires de dilatation, mais, au contraire, un rétrécissement très marqué de la pupille droite. Elle est large comme une tête d'épingle mais se rétrécit sous l'excitation lumineuse et s'accommode, ce qui ne s'observe pas dans la névrité du nerf oculo-moteur.

Avec ces symptômes pupillaires on peut remarquer sur la figure du patient des phénomènes qui n'ont pas encore été notés dans les ouvrages de médecine. Le malade souffrait pendant ces cinq dernières années d'hyperhydrose du côté droit de la tête, de telle façon que l'eau lui coulait sur l'assiette et la serviette pendant qu'il mangeait, des aliments acides spécialement. Au moment de l'apparition des phénomènes oculaires l'hyperhydrose droite s'est transformée en anhydrose, le patient n'a plus de sécrétions sudorales et en même temps il y a hypersécrétion sédative périodique du côté gauche, c'est une hyperhydrose gauche qui commence.

Pour les trois symptômes, ptosis de la paupière droite, myosis de l'œil droit et augmentation des sécrétions sudorales, ce sont des phénomènes observés par Petit, Riffi et

Bernard, après section des sympathiques cervicaux et nous n'hésiterons pas à prendre également notre cas pour une paralysie du sympathique cervical par compression de la tumeur ou bien par propagation de l'inflammation au 2e ou 3e ganglion cervical. La pression du doigt dans la partie supérieure du cou à droite au niveau du premier ganglion montre une sensibilité remarquable chez notre patient.

Pendant les trois semaines dernières il s'est passé peu de changement dans le tableau de la paralysie du sympathique du côté droit : la pupille est devenue un peu plus grande, mais il reste toujours une différence entre celle-ci et celle du côté gauche. Le rapport est 0,5 : 0,3mm. Le ptosis reste le même : Fente palpérale droite 0,8, gauche 1,2c/m. Le pouls est toujours fréquent : 108 à la minute. Quant à la paralysie vaso-motrice qu'on observe après seciton du sympathique cervical chez les animaux et après traumatisme chez l'homme (Von Bernard), cette paralysie vaso-motrice n'existe pas chez mon patiente (peut-être la fièvre du début lui est attribuable) ; pas de différence de température des deux côtés. Par contre l'examen ophtalmoscopique a démontré les faits suivants : les vaisseaux, artères et veines du fond de l'œil sont rétrécis du côté droit ; du côté gauche, au contraire, ils sont dilatés et sinueux. Il n'y a pas de pouls artériel ou veineux. Le patient voit des deux yeux ; il ne présente pas de myopie. Aimablement, mon collègue Guttmann constate et s'assure avec moi de ce fait, que le globe oculaire s'était renfoncé et que la tension intra oculaire était diminuée... La photographie faite il y a quinze jours, montre d'une excellente façon les phénomènes pupillaires ainsi que le gonflement des paupières et un aplatissement des joues qu'on ne trouve pas sur des faces congestionnées. Il n'y a pas de modifications dans la sécrétion salivaire.

Etiologie. - Pathogénie

Il est entendu aujourd'hui que c'est l'infection qui est la cause réelle et unique de l'inflammation thyroïdienne. Avant que le fait fut démontré par la découverte des agents microbiens dans le pus des abcès thyroïdiens, la coïncidence de la thyroïdite avec les maladies générales réputées infectieuses, avait fait soupçonner cette origine.

Si dans de nombreux cas, au cours de ces diverses maladies, on a eu affaire dans les analyses à des associations microbiennes, dues à des infections secondaires, dans la fièvre typhoïde, où les complications thyroïdiennes sont le plus fréquentes et où les examens bactériologiques ont été le plus nombreux, on a trouvé généralement le bacille d'Eberth, à l'état de pureté. De même, on a trouvé du pneumocoque pur dans le pus des thyroïdites métapneumoniques, du streptocoque, du staphylocoque isolés dans les thyroïdites puerpérales.

Dans la thyroïdite aiguë grippale, nous serons plus embarrassés pour dire quel est, en général, le microbe de l'infection.

D'abord les agents supposés de l'influenza, ont paru presque aussi nombreux que les épidémies où l'on a eu l'occasion de les étudier avant 1890. Il nous reste de ces recherches que les microbes ordinaires de la cavité bucco-pharyngée, le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque, le bacille de Friedlander, acquérant au cours de la maladie une virulence exagérée, deviennent les facteurs de beaucoup de complications observées déjà dans la grippe. Dans le seul de nos cas de thyroïdite où l'examen bactériologique ait été fait, celui de Duguet et de St-Germain, on découvrit du *pneumocoque* à l'état pur. Dans les autres observations nous avons des données insuffisantes pour que nous puissions incriminer celui-ci ou n'importe quel autre d'une façon certaine ; mais il est probable que la thyroïdite aiguë grippale qui survient en général tardivement au cours de la maladie est due à des *infections secondaires* et à des associations microbiennes comme la généralité des complications.

Quant au bacille découvert en 1892 par Pfeiffer, qui jusqu'à ces derniers temps a été reconnu spécifique de la grippe par beaucoup d'auteurs, il est sans doute capable d'infecter la glande thyroïde. On a constaté en effet sa présence dans des pleurésies, des méningites, des ostéo-periostites post-grippales.

Bien que les symptômes de la maladie pure relèvent plus d'une intoxication que d'une infec-

tion, bien que Pfeiffer n'ait jamais pu déceler son cocco-bacille dans le sang (cependant d'autres l'y ont découvert) sa présence dans les complications sus-dites implique, semble-t-il, son passage dans la voie sanguine (Netter) : Ce qui lui est une condition généralement nécessaire pour atteindre la glande thyroïde et suffisante dans certaines conditions données pour y produire l'inflammation.

Si on étudie en effet par quel mécanisme le parenchyme thyroïdien peut être envahi par les germes pathogènes, on se rend compte que le sang doit être à peu près le seul vecteur possible des microbes au sein de la glande. Par sa configuration, elle semble à l'abri de la plupart des autres modes de propagation. Contenue dans une capsule fibreuse épaisse, isolée des organes voisins par une loge aponévrotique spéciale, elle est bien défendue contre les inflammations de voisinage, sans canal d'excrétion, sans communication avec le milieu extérieur puisque dès la vie fœtale la thyroïde a perdu le conduit de Bochdaleck qui la met d'abord en relation avec la cavité buccale. Ainsi l'inflammation thyroïdienne doit relever presque toujours d'*infection hematogène*, C'est la *voie artérielle* dans l'immense majorité des cas comme en témoigne la dissémination de petits abcès miliaires que l'on observe au voisinage des artères et les expérimentations de Roger et Garnier, qui ont réalisé chez des animaux les thyroïdites en injectant divers microbes dans les artères thyroïdiennes.

Mais dans quelques cas ce peut être la *voie veineuse*, et spécialement dans les formes de la grippe où les voies respiratoires supérieures sont le siège d'inflammation, puisque « des veines profondes avalvulées desservent à la fois la thyroïde, l'œsophage et la trachée » (L. Bérard).

Enfin, on ne peut pas nier l'infection par la voie lymphatique, vu la complexité de ce réseau lymphatique et ses relations nombreuses d'après les acquisitions récentes de l'anatomie, infection provenant de lésions d'un organe contigu, d'un ganglion carotidien suppuré, d'une angine, complications possibles de la grippe.

Parmi les *causes prédisposantes* de la thyroïdite aiguë, il faut noter pour la grippe l'influence de l'âge : Elle ne survient en général que chez les adultes, de 15 à 45 ans.

Le sexe féminin serait plus exposé, à cause des poussées congestives d'origine génitale que subit la glande thyroïde (Obs. V), « chaque acte de la vie génitale retentissant sur le corps thyroïde. » 8 sur 12 de nos cas sont des femmes.

Les traumatismes locaux sur la glande sont susceptibles de provoquer des hémorrhagies interstitielles ou des congestions favorables à l'éclosion de la thyroïdite. On l'a observé plusieurs fois après des tentatives de strangulation.

Le *froid* a été souvent incriminé comme cause primordiale. C'est sans doute une cause puissante, mais il n'a agi en réalité dans beaucoup de ces

thyroïdites à frigore des anciennes observations, que sur des individus déjà en puissance de maladie et de grippe notamment (Obs. III de la thèse de Martinache).

Les efforts habituels ou accidentels portant sur la région ont leur importance par la congestion intense qu'ils y occasionnent, « la glande thyroïde étant une véritable éponge veineuse ».

Mais la cause prédisposante principale des infections thyroïdiennes est l'existence antérieure d'un *goître*. Cette assertion a été vérifiée dans maintes épidémies de fièvre typhoïde, où les thyroïdites se sont manifestées presque exclusivement dans des pays à goîtres. Lebert, dans les 50 cas qu'il a relevés, a noté 22 fois la préexistence de goître. Dans notre statistique de la thyroïdite grippale il y a 5 cas sur un ensemble de 13 que nous avons cités, où il préexistait un goître.

Dans l'observation X, la malade présentait des symptômes d'insuffisance thyroïdienne. La glande, en voie de dégénérescence sans doute, était dans un état de moindre résistance qui la prédisposait à l'inflammation.

Dans le cas de Roux, signalé par Tavel, le sujet avait la maladie de Basedow.

Remarquons enfin, dans l'observation IV, que la glande goîtreuse semblait infectée antérieurement et que l'influenza serait intervenue comme cause secondaire.

Anatomie Pathologique

Les lésions de la thyroïdite aiguë grippale sont les lésions communes aux thyroïdites infectieuses. Nous les indiquerons d'après les études récentes, aux différentes phases du processus phlegmasique. Elles intéressent dans leur variété par les déductions que l'on a pu en tirer au point de vue du traitement.

Dans les thyroïdites qui n'ont pas abouti à la suppuration la glande présente une augmentation de volume plus ou moins considérable, soit en masse, soit plutôt au niveau d'un de ses lobes, le lobe droit plus fréquemment. Son poids, de 25 grammes à l'état normal, peut s'élever à 45, 60, même 75 grammes.

L'aspect extérieur est celui des *congestions aiguës*. La capsule sillonnée de veines distendues par un sang noirâtre, montre çà et là quelques vaisseaux thrombosés, plus gros et de coloration plus foncée, parfois accompagnés de traînées blanchâtres, dues à des exsudats. Les travées perilobulaires et perifolliculaires sont épaissies et parcourues aussi par de nombreux vaisseaux turgides

et ponctuées par des foyers d'apoplexie capillaire.

Le corps thyroïde ne présente plus à la coupe la coloration jaunâtre, naturelle du tissu glandulaire ; la surface et la tranche de section sont très rouges avec des zones violacées et des taches lividides ou jaunâtres d'infarctus.

Ces premières lésions sont, microscopiquement aussi, les mêmes que celles des congestions toxithyroïdiennes des maladies infectieuses (Roger et Garnier).

« A un premier degré, à la phase congestive, dite d'*hyperthyroïdation*, les modifications les plus intéressantes concernent la répartition de la substance colloïde dans la glande. Tandis que les éléments du tissu conjonctif sont eux-mêmes peu altérés, simplement épaissis parfois, avec une infiltration modérée de leucocytes autour des vaisseaux, les travées inter et intralobulaires sont considérablement élargies, par la présence à leur intérieur d'énormes espaces lymphatiques, véritables lacs remplis de substance colloïde, au voisinage des capillaires et des vésicules gorgées de globules rouges, comme dans les congestions aiguës. »

« Les vésicules comprimées entre les travées élargies sont revenues sur elles-mêmes en se vidant de leur contenu colloïde. Certains gardent encore leurs cellules intactes ; dans d'autres, l'epithelium se détache par sa base, et les cellules s'égrènent à l'intérieur de l'élément, où elles flot-

tent dans la substance colloïde, tantôt peu altérées, tantôt avec un protoplasma granuleux et un noyau vésiculeux, qui prennent mal les matières colorantes. Certaines cellules n'ont plus de contours définis ; elles se fusionnent en des masses granuleuses à noyaux multiples, que l'on confondrait au premier abord avec des cellules géantes de la tuberculose, d'autant plus facilement qu'elles sont entourées parfois d'éléments épithélioïdes. »

« Dans d'autres vésicules, les cellules prennent une ordonnance pluristratifiée, comme sous l'influence d'une prolifération active. Il y a donc tout d'abord excitation de l'activité glandulaire. »

« A un degré plus avancé (phase de *dysthyroïdation*), vésicules et stroma sont plus altérés. Dans la charpente conjonctive, les lacunes lymphatiques sont encore très distendues, quoique moins uniformément gonflées ; leur contenu, réfringent ou granuleux, produit par la sécrétion d'un epithelium malade, n'offre plus aussi nettes les réactions colorantes de la matière colloïde. Dans certaines infections plus prolongées, la substance colloïde fait totalement défaut, soit dans les vésicules, soit dans les lymphatiques : c'est l'*athyroïdation* après la dysthyroïdation. »

« Autour des vaisseaux, les infiltrations leucocytaires indiquent parfois de petits abcès en formation, avec des amas de microbes à leur intérieur. Les parois vasculaires sont épaissies et re-

maniées par des lésions d'endartérite ou par la thrombose (phlébite). Des hémorrhagies interstitielles dissocient çà et là les travées. »

« Quant aux vésicules, suivant leur degré d'altération, tantôt on les reconnaît encore à quelques cellules plaquées contre leur enveloppe, tantôt il ne subsiste à la place des follicules que des espaces vides, occupés çà et là par des éléments granuleux en voie de destruction, et par une substance analogue à celle qui occupe les travées, semée de leucocytes et de globules rouges. »

Ces lésions qui viennent d'être énumérées, peuvent se rencontrer à tous leurs stades à la fois chez le même sujet.

Quand la thyroïdite est suppurée, le volume de la glande est encore accru, mais plus irrégulièrement : d'ordinaire un seul lobe, plus souvent le droit, est occupé par des abcès collectés, l'autre lobe restant au premier stade phlegmoneux décrit ci-dessus ; la suppuration en masse de toute la glande est plus exceptionnelle que la suppuration isolée de l'isthme.

Pour examiner la glande, il faut la dégager des adhérences, parfois étendues, qui la fixent aux organes voisins. La capsule, épaissie, de coloration variable, suivant la distribution et l'état de ses vaisseaux, est parfois marquée d'une tâche jaunâtre au point où l'abcès vient faire saillie. Ses veines sont énormes, gorgées de sang, çà et là durcies et comme injectées par une thrombose.

A la coupe, le parenchyme rouge violacé, avec des zones grises ou jaunâtres en voie de nécrose ou de suppuration, est creusé d'abcès, auxquels il forme une coque en se tassant au-dessous de la capsule. Rarement apparents avant l'incision du lobe, à moins qu'ils n'aient eu le temps de diffuser hors de la capsule, les abcès occupent aussi fréquemment la zone corticale que le centre de la glande. Parfois *multiples, nodulaires,* ponctuant de foyers métastatiques tout un lobe ou même toute la glande — dans la pyohémie surtout — d'ordinaire les abcès sont peu nombreux, assez souvent uniques.

Le pus dans les thyroïdites grippales où nous avons affaire, en général, à des germes variés aura un aspect et une consistance très différents suivant les cas : bien lié, phlegmoneux pour le staphylocoque ; séreux, brunâtre, hémorrhagique pour le streptocoque ; pus glaireux, verdâtre, épais pour le pneumocoque.

« Au microscope, la coque de l'abcès apparaît, constitué par la capsule épaissie et par une couche plus ou moins dense de tissu thyroïdien, refoulé au-dessous d'elle. Des bandes conjonctives semées de cellules allongées, et d'autant plus épaisses que l'évolution de la suppuration a été plus lente, infiltrent toute la coque jusqu'au voisinage de la collection purulente. De la périphérie vers le centre du foyer, les lésions s'échelonnent dans l'ordre décrit pour les thyroïdites non suppurées :

sous la capsule, de nombreux et gros capillaires gorgés de sang, quelques-uns thrombosés, avec leur endothelium gonflé et altéré, garnissent les travées conjonctives et séparent les vésicules encore reconnaissables, mais déjà vidées de leur sécrétion colloïde, qui s'est accumulée dans les lacunes lymphatiques. Plus profondément, les cellules épithéliales des follicules, d'abord simplement tassées, se disloquent, se fondent en masses polynucléées, puis simplement granuleuses ; leurs contours deviennent de plus en plus flous, parce que la masse protoplasmique prend, comme les noyaux eux-mêmes, de plus en plus mal les matières colorantes ; la substance colloïde a disparu. Les vaisseaux, bourrés de globules rouges et de leucocytes, ont leurs parois épaissies ; l'endartère et l'endoveine sont gonflées et proéminent en festons dans la lumière des artérioles et des veinules. Des amas de cellules migratrices dessinent des îlots dans les espaces peri-vasculaires. Enfin, au voisinage du pus, il devient impossible de reconnaître aucun élément épithélial ; la coque conjonctive des lobules, stratifiée par places, éventrée ailleurs, limite des espaces vides ou garnis de détritus granuleux dans lesquels on arrive seulement à colorer quelques globules rouges et des globules de pus. Ceux-ci, tassés d'abord en nodules autour des capillaires distendus, diffusent peu à peu, vers la cavité abcédée, où un grand nombre meurent et se désagrègent, à côté des débris

des autres éléments de l'organe. Dans ce tissu de granulations, qui forme la couche la plus interne de la coque de l'abcès, il est encore possible de colorer les microbes ; toutefois ceux-ci se trouvent en plus grand nombre autour des capillaires sanguins et dans les amas de leucocytes qui occupent les espaces lymphatiques de la zone précédente. »

Dans les formes *gangréneuses*, que nous pouvons observer dans la grippe, les lésions ont d'habitude franchi les limites de la glande qui baigne dans une sérosité roussâtre qui infiltre tous les plans jusqu'à la peau ; les gaines aponévrotiques sont sphacélées et réduites en bandelettes effilochées.

Sous la capsule marbrée, perforée par places, tapissée de veines thrombosées, une mince coque de tissu thyroïdien subsiste, infiltrée par des hémorrhagies et par de petits abcès. Cette coque incisée, on tombe dans la zone putrilagineuse, formée d'éléments nécrosés, désintégrés plus ou moins.

Symptomatologie. - Evolution Complications

Dans la thyroïdite aiguë grippale les symptômes sont, en général, très accusés parce que le sujet n'est pas d'ordinaire sous le coup de ces virulentes infections qui terrassent l'organisme et qui font que les manifestations locales sont atténuées ou passent inaperçues. Cette complication survient, en effet, dans la convalescence où le décours de la grippe et son début apparaît très net.

Accompagné quelquefois d'un frisson, le gonflement du cou frappe tout d'abord. Il est limité à l'une des cornes de la glande, la corne droite de préférence ; le lobe médian est rarement pris seul mais est assez souvent intéressé. Il est rarement étendu à toute la glande. Cette tuméfaction soulève la peau qui, simplement distendue glisse à la surface ; mais elle fait corps avec les organes profonds du cou et chaque fois que le malade fait des mouvements de déglutition le gonflement suit le mouvement ascentionnel du conduit laryngo-trachéal. C'est là le signe pathognomonique de toute tumeur thyroïdienne.

La douleur est habituellement sourde et continue, mais sujette à des paroxysmes violents (Obs. IX). Elle est exaspérée par la pression, par les mouvements de la tête et du cou, surtout par l'extension. La phonation, la déglutition, la contraction des sterno-mastoïdiens sont pénibles. Le malade pour relâcher ses muscles sous-hyoïdiens fléchit la tête en avant, le menton incliné vers le sternum et quelquefois soutenu par les mains.

La tuméfaction augmente de volume en quelques jours, atteint la dimension d'un œuf de poule ou d'oie. Elle est dure et tendue. Par la palpation on peut la circonscrire encore d'une manière assez précise. Le lobe enflammé se dirige obliquement en haut vers le sterno-mastoïdien, sous lequel il disparaît en partie ; il s'engage également en bas sous ce muscle, se dirigeant vers le sternum et la clavicule. La région est chaude, on peut constater une température locale plus élevée du côté atteint (Obs. VI).

Alors se manifestent des phénomènes de gêne fonctionnelle, peu marqués d'ordinaire, au début : une forte dypnée, de la dysphagie, des troubles de la phonation, de la congestion de la face aussi par compression des gros vaisseaux, des *douleurs irradiées* et autres complications des thyroïdites.

Pendant cette période, il y a un mouvement fébrile assez marqué. Le pouls est fréquent. « A

l'inappétence du malade se joint une soif d'autant plus pénible qu'il craint de la satisfaire. »

Ces troubles généraux et locaux peuvent rétrocéder et la résolution se faire au bout de une ou deux semaines dans les cas favorables, où la glande thyroïde était antérieurement saine surtout. Il peut subsister un certain gonflement de la glande, qui est parfois lent à disparaître et peut servir d'amorce à un goître ultérieur. Mais dans une partie des cas et presque de règle pour les strumites, l'évolution se fait vers la suppuration (7 sur 11 de nos observations).

La formation du pus s'accompagne de frissons irréguliers. Les symptômes locaux peuvent s'amender, mais en général, le gonflement s'accroît et la douleur devient plus lancinante. La peau rouge, chaude, œdématiée, a perdu sa mobilité. Si on regarde la région de profil on peut la voir soulevée par les battements carotidiens que la tumeur transmet. Bientôt on perçoit (ou on ne perçoit pas) au centre de la tumeur phlegmoneuse, une fluctuation d'abord obscure et profonde. Puis si l'abcès n'est pas ouvert elle devient diffuse et c'est alors qu'on est exposé aux redoutables accidents qui résultent de l'ulcération des organes profonds. Une terminaison naturelle favorable se fait lorsque le pus se fraye son passage vers la face antérieure, en un point ramolli de la peau. Le pus contenu dans le foyer est bien lié, phlegmoneux, jaune ; il peut être séreux, roussâtre, sanguino-

lent, fétide comme celui des collections qui avoisinent le tube digestif. La cicatrisation est alors rapide et, par sclérogénèse — conséquence heureuse — le malade est souvent débarrassé du goître qu'il portait antérieurement. Des fistules peuvent succéder cependant à l'évacuation du foyer et persister longtemps.

Comme modes de terminaison plus rares, comme évolution plus grave, on peut avoir les formes dites disséquantes, ou gangréneuses.

La forme *disséquante* est caractérisée par la nature extensive de la suppuration. Elle est d'abord limitée en un point de la glande ; elle peut y manifester sa mauvaise nature « par une crépitation sensible au doigt, à l'oreille, par une sonorité de la tumeur à la percussion » (Bauchet) car le pus est mêlé de gaz très fétides. Par sa marche rapidement envahissante, le tissu cellulaire périthyroïdien est atteint, infiltré, détruit, débordé ; il se produit des fusées purulentes à distance dans toute la région cervicale et thoracique supérieure, occasionnant des accidents formidables.

Quant à la *gangrène*, elle est une conséquence rare de la thyroïdite, soit par thrombose des vaisseaux thyroïdiens enflammés (Lebert), soit par étranglement de l'organe dans sa capsule (Jeanselme), soit par une virulence spéciale des microbes. Elle survient, en général, au cours de la seconde semaine, ou plus tard, après un début de thyroïdite commune.

Elle se manifeste alors par une rougeur, marbrée de lividités et une infiltration pâteuse au-dessous de laquelle existe une suppuration profonde avec crépitation gazeuse. L'état général est grave, adynamique. Le tissu périthyroïdien est délabré ; après ouverture on voit la thyroïde tout entière ou en partie détruite, les organes voisins mis à nus, ulcérés parfois. Le pus est horriblement fétide.

C'est dans ces formes, la forme disséquante spécialement que se manifestent surtout les complications les plus graves signalées dans les thyroïdites. Il faut noter auparavant, les complications mécaniques.

En raison du volume considérable que peut prendre la tumeur, dès les premiers jours, ou plus tard après la formation du pus, on peut avoir des phénomènes de *compression* dangereux pour la vie du malade. La gêne de la circulation encéphalique se traduira par la congestion de la face, la distension des veines superficielles, par de la céphalée, des bourdonnements, des vertiges, des éblouissements et des épistaxis répétés.

Le refoulement du larynx et de la trachée entrave la respiration qui devient précipitée, difficile et sifflante ; il provoque parfois des accès de suffocation pendant lesquels le malade exprime l'angoisse la plus vive (visage cyanosé, sueurs profuses, froides). Ils peuvent rapidement causer la mort. C'est la forme suffocante observée surtout lorsque préexiste un goître plongeant ou constric-

teur, ou un goître latéral ayant fortement refoulé la trachée du côté opposé. Assez souvent c'est une toux sèche d'irritation qui contribue le plus à l'asphyxie ; elle occasionne aussi, parfois, des hémoptysies. La phonation peut être modifiée à des degrés variables.

La compression des plexus cervical, brachial, complique la thyroïdite de parésies du membre supérieur et surtout de *douleurs irradiées*, à la nuque, à l'oreille, à l'épaule.

L'irritation du pneumo-gastrique expliquerait les nausées et vomissements en certains cas.

La compression ou l'irritation du sympathique cervical peut occasionner des troubles spéciaux, oculaires, vaso-moteurs, sécrétoires comme dans l'observation XI.

Mais les complications les plus graves sont les migrations de l'abcès thyroïdien vers les organes voisins.

La *diffusion* d'une inflammation virulente à la face postérieure, atteint au premier plan, le larynx et la trachée, les dénude, les ulcère. L'irritation provoque des accès de suffocation plus aigus, signes précurseurs de l'accident. C'est une quinte de toux qui sera l'occasion de la rupture et de l'expulsion brusque du pus par les voies aériennes, en une vomique plus ou moins abondante. Le malade peut quelquefois guérir, mais plutôt succomber à l'asphyxie, dans cet accès, ou être atteint secondairement de broncho-pneumonie. L'ouverture

dans l'œsophage est plus rare et survient dans un effort de vomissement.

Le processus le plus dangereux est celui qui se dirige vers le médiastin antérieur ou postérieur. L'infection sera presque constamment mortelle.

Exceptionnellement on aura l'ouverture dans la carotide, dans la jugulaire, la crosse aortique.

Ces suppurations propagées, rapidement diffuses dans les formes disséquantes, évoluent dans les formes ordinaires de façon torpide et sans fracas. Le pus perfore la capsule thyroïdienne, décolle les aponévroses, s'infiltre le long des gros vaisseaux, vers le thorax, avant même que son existence ait pu être soupçonnée. Les migrations anormales reconnaissent pour cause le retard ou l'insuffisance d'évacuation de l'abcès (L. Bérard).

Comme complications générales possibles il faut signaler l'albuminurie, les néphrites aiguës, les dégénérescences amyloïdes à la suite de fistules persistantes.

Mais les troubles généraux dus au fonctionnement anormal de l'appareil thyroïdien, en certains cas, méritent un plus grand intérêt. Dans l'une de nos observations (III[e]), le D[r] Lepetit attribue à la résorption exagérée de produits thyroïdiens des phénomènes de tachycardie très marqués, survenus le lendemain de l'opération, alors que la température était tombée à 37°, qui ont persisté pendant plus d'une semaine. Dans un cas de « goître exophtalmique à la suite d'une

grippe » signalé par M. Clerc (*Normandie Médi-*théorie d'après laquelle la maladie de Basedow se développe dans la convalescence sans que le corps thyroïde ait présenté des phénomènes marqués d'inflammation : ce qui concorderait avec la théorie d'après laquelle la maladie de Basedow résulterait d'une hyperactivité de la glande, au cours des infections atténuées ou à leur début, assez prolongée pour déclancher le syndrome.

Dans les formes disséquantes ou gangréneuses, la parenchyme glandulaire ayant subi une destruction étendue, la sécrétion thyroïdienne peut devenir insuffisante et, si elle n'était pas suppléée, il en résulterait un mixœdème plus ou moins prononcé. Mais c'est plutôt la sclérose inflammatoire et la sclérose de réparation cicatricielle, d'après les observations, qui auraient le plus fâcheux retentissement sur la qualité et la quantité de la sécrétion.

Diagnostic

Le diagnostic, ordinairement fort simple, peut dans certains cas présenter des difficultés, autant dans les formes diffuses, infiltrées, que dans les formes frustes.

Avant l'apparition du gonflement thyroïdien ou quand il est peu sensible, qu'il n'y a pas de goître préexistant pour servir de repère, les symptômes généraux, les troubles locaux, la dyspnée, la dysphonie, la dysphagie, l'attitude de la tête penchée en avant, risquent d'en imposer pour une angine. Il suffit de regarder la gorge, de s'assurer par la palpation du siège précis de la douleur.

Les irradiations douloureuses qui précèdent parfois toute saillie appréciable ont pu être rapportées à de la névralgie cervicale ou cervico-brachiale.

Quand la tumeur est déjà évidente, lors de l'examen, il faut rechercher si elle suit la trachée dans ses mouvements d'élévation et d'abaissement.

La présence de ce signe pathognomonique, la forme et le siège de la tuméfaction, obtenus après une palpation prudente, un examen laryngosco-

pique délicat à cause des accès de suffocation qu'ils provoquent parfois, permettent d'éliminer :

Le *phlegmon large* du cou ;

L'*adénite aiguë*, adénite sterno-mastoïdienne qui accompagne souvent l'angine ; l'*adéno-phlegmon carotidien ;*

La *myosite* des sterno-mastoïdiens ou torticolis inflammatoire, affection très rare ;

La *laryngo-tracheïte :* dans un cas publié par M. Gaucher elle a été prise pour un abcès thyroïdien. C'était de la *perichondrite suppurée du larynx ;*

L'*œdème aigu* infectieux du larynx.

Si la tumeur est associée aux mouvements de la trachée, il faut encore distinguer la thyroïdite des autres tuméfactions thyroïdiennes à marche aiguë, quoique non inflammatoires, telles que :

Les *congestions*, congestions réflexes de la menstruation, congestions d'effort qui sont indolentes et apyrétiques. Mais il ne faut pas oublier que les états congestifs infectieux et toxi-infectieux qui ont été l'objet d'études de MM. Roger et Garnier sont le premier stade des thyroïdites ;

Le *goître aigu*, dont le début est rapide, mais qui évolue sans fièvre, sans douleurs vives, sans désordres graves et sans suppuration ;

Le *goître hémorragique :* quand l'hémorragie survient dans un petit goître kystique, la glande gonfle brusquement et la tuméfaction s'accompagne souvent de douleurs intenses, avec des trou-

bles de compression inquiétants parfois. La peau, dans ce cas, peut être œdématiée ou sillonnée de grosses veines. Il faut alors remarquer que ces accidents sont survenus en pleine santé, qu'il n'y a aucun signe d'infection antérieure ou concomitante.

Le *goître malin* des jeunes sujets, de nature sarcomateuse ;

Et surtout l'*epithelioma :* il peut prendre les allures d'une affection aiguë et fébrile par sa progression rapide, l'adhérence précoce aux téguments, les douleurs locales et irradiées. La violence de ces douleurs, avec une glande qui a des contours mal limités, qui présente de l'induration, peut faire penser au cancer. Mais « on restera dans le doute jusqu'à ce qu'une ponction ou une incision exploratrice ait fait voir le pus ».

Un autre caractère qui distingue ces divers états morbides de la thyroïdite, c'est que l'examen bactériologique du sang extrait par ponction de ces tuméfactions thyroïdiennes aphlegmasiques est toujours négatif (Jeanselme).

Le diagnostic de thyroïdite une fois posé, il faut chercher s'il existe ou non du pus. La question n'est pas facile à résoudre, car certains abcès fixés dans les parties profondes de la glande ne peuvent pas être reconnus par la palpation. Il faut tenir grand compte du gonflement œdémateux qui peut envahir la peau et le tissu cellulaire de la région cervicale antérieure. Cet œdème, dit inflammatoi-

re, est un signe certain de la suppuration, mais il peut n'apparaître que tardivement.

Alors même que la collection est plus superficielle, il n'est pas toujours possible de percevoir avec netteté la fluctuation, en raison de l'intensité de la douleur à la moindre pression, des accès de dyspnée que provoque parfois l'exploration et aussi de la difficulté qu'on éprouve à fixer la glande et de la distension exagérée de la capsule. Chaque fois que les symptômes rationnels (frissons, température élevée avec oscillations bien accusées) font soupçonner l'existence du pus, il faut suivre le vieux conseil de Lebert, recourir à la ponction exploratrice.

Pour compléter le diagnostic il faut encore élucider certains points.

Il faut savoir s'il y avait ou non un goître antérieur. Pour cela, on a les commémoratifs, la nationalité, l'état du lobe opposé, si l'inflammation est unilatérale ; et si l'infection s'est greffée sur un goître, le kyste enflammé se reconnaîtra à sa forme arrondie, à sa fluctuation immédiate.

On recherchera à quel degré, sur quelle étendue est pris le parenchyme thyroïdien antérieurement sain ou goîtreux. Ce seront des notions qui intéressent au point de vue du pronostic et du traitement.

Enfin, il faut s'enquérir des complications actuelles ou possibles : « voir, prévoir, afin de pourvoir. »

Pronostic

Le pronostic dépend essentiellement de l'évolution et nous avons vu que celle-ci peut affecter divers modes et se trouver liée à une grande variété de complications. Aussi est-il difficile de porter un pronostic d'ensemble. Il faut tenir compte : 1° de l'état général du malade quand la localisation infectieuse thyroïdienne se produit ; 2° de la nature des microbes en cause et de leur virulence ; 3° des altérations préalables de la région.

Dans la thyroïdite aiguë grippale nous trouvons comme élément favorable du pronostic, que la complication survient en général secondairement, c'est-à-dire après la phase principale de la maladie et trouve les sujets sinon dans un état de convalescence, du moins dans un état morbide atténué. Dans notre cas mortel (Obs. X), la faiblesse de la malade était due à une sénilité précoce, à des troubles de la fonction thyroïdienne. Le mauvais état antérieur du malade est naturellement une cause de moindre résistance au point de vue de l'évolution et du pronostic, comme au point de vue de la pathogénie de l'affection. On ne peut

préjuger des thyroïdites qui surviendraient dans les formes graves de la grippe, à la période de début. Dans notre nombre restreint d'observations, ce cas ne se présente pas.

On ne peut pas baser un pronostic sur la qualité ou la virulence de germes pathogènes spécifiques de la grippe. Il est, en effet, établi que dans les complications de la grippe, sinon dans la grippe elle-même il n'y a pas d'agent spécifique. On y a rencontré toute la gamme des microbes saprophytes. Parmi ceux-ci nous savons que le streptocoque est le principal agent des formes graves, à suppurations diffuses, telles qu'on les observe dans les thyroïdes puerpérales, tandis que le pneumocoque se manifestera moins virulent, comme toujours, dans ces sortes de complications : les abcès pneumococciques évoluent assez lentement ; forment une collection qui reste limitée, avec peu de tendance à l'évacuation spontanée ; une fois le pus libéré, la cicatrisation est rapide.

La bénignité relative de la thyroïdite grippale d'après l'ensemble de nos observations indiquerait donc la présence de microbes de virulence moyenne et en particulier du pneumocoque. C'est ce dernier agent que l'on a trouvé dans le cas de Duguet et que l'on trouve d'ailleurs assez fréquemment dans les complications de la grippe en général.

Il faut beaucoup tenir compte de l'état antérieur

de la glande. Nous avons vu que l'inflammation s'établissant dans un parenchyme sain pouvait évoluer vers la résolution tandis que si elle s'établit sur une glande atteinte de goître, elle évolue presque fatalement vers la suppuration. Le cas signalé par M. Gaucher, est une exception : il y avait un petit goître et la thyroïdite s'est terminée cependant par résolution.

De plus, dans le corps thyroïde sain antérieurement, si la suppuration s'établit après l'infection, elle a une tendance à se disséminer ; la marche est plus rapide. Dans le corps thyroïde goîtreux la suppuration se présente, en général, sous la forme d'abcès circonscrits, unique ou multiples, situés au centre des lobules du goître et la marche paraît plus lente.

Les symptômes de compression se manifestent avec une intensité très variable suivant l'état antérieur de la région, suivant la nature du goître, s'il en existe. On comprend aisément, que lorsque l'infection s'est développée sur un goître plus ou moins plongeant et constricteur, un goître, médian de l'isthme ou un goître latéral ayant fortement refoulé la trachée, le pronostic se trouve assombri par le danger de ces accidents de suffocation, redoutables par leur brusquerie, qui peuvent enlever le malade dès le 2e ou 3e jour. C'est surtout dans ces cas là que le moindre soupçon de suppuration et l'alarme d'une dyspnée croissante

doivent commander une intervention chirurgicale.

Le traitement est aujourd'hui un facteur essentiel du pronostic. La chirurgie avec ses moyens thérapeutiques rapides, plus efficaces et plus sûrs, lutte contre l'asphyxie et prévient les suppurations profondes, diffuses, ou prolongées. Ces interventions ont modifié énormément, les proportions de la mortalité qui était si élevée, de 26 pour 100, dans les statistiques de Lebert.

Traitement

La thyroïdite aiguë grippale, en raison de la diversité des formes qu'elle peut prendre par son étiologie variée, en plus des nombreuses causes secondaires qui dirigent l'évolution de toute thyroïdite aiguë et que nous venons de voir au pronostic, est à même de pouvoir bénéficier de tous les modes de traitement qu'on a préconisés dans cette affection. On peut remarquer dans l'étude historique de ce traitement que l'intervention chirurgicale a pris progressivement le dessus sur la méthode des temporisations médicales et que, grâce à elle, ont presque disparu et les redouatbles accidents de compression, et ces formes disséquantes qui produisent de multiples et graves complications par leurs fusées purulentes vers les organes importants de la région. Grâce aux perfectionnements des procédés opératoires, on est arrivé à éviter ces suppurations prolongées qui, lorsqu'elles n'amenaient pas à un dépérissement plus ou moins rapide, persistaient pendant de longues années ; tel le cas de J. J. Frank, qui avait gardé pendant neuf ans, sa fistule cervicale.

Dans les formes discrètes, subaiguës ou au stade congestif du début de l'inflammation, le *traitement médical* est de mise, bien qu'il n'ait pas ici l'efficacité que la médication spécifique (salicylate de soude, quinine) a souvent dans les poussées congestives des rhumatisants ou des paludéens. Cependant, le cas de M. Gaillard est très heureux comme résultat, par un traitement à l'antipyrine et celui de M. Gaucher, par le sulfate de quinine. On ordonnera donc le traitement général de la grippe : antipyrine, phénacétine, sulfate de quinine ; diaphorétiques et diurétiques ; des purgatifs salins ou le calomel (Freudenthal), l'antisepsie intestinale étant indiquée dans presque tous les cas de suppuration. Comme antiphlogistique local, les cataplasmes chauds ou des vessies de glace sur le cou, les onctions d'onguent napolitain belladoné, ont souvent soulagé le malade et peuvent favoriser la résolution du foyer.

Il faut se garder de donner le traitement ioduré qui, loin d'être efficace, serait une cause d'irritation nouvelle et de moindre résistance pour le tissu glandulaire thyroïdien.

Les cas heureux par résolution se sont présentés en moyenne chez la moitié des sujets atteints dans la grippe.

L'intervention chirurgicale sera indiquée dès que les signes rationnels de la suppuration s'affirment, même au cours d'une évolution peu tapageuse. C'est souvent avec une marche lente et in-

sidieuse que progressent les suppurations à distance. Il ne faut pas attendre que la fluctuation se produise. Comme nous l'avons dit, souvent elle est difficile à percevoir ; il faudra tenir grand compte de l'œdème inflammatoire, signe certain, mais trop tardif quelquefois, d'une suppuration sous-jacente.

L'intervention sera aussi de règle lorsque le malade est exposé à la suffocation par la compression qui peut survenir dans les cas que nous avons prévus. Une dyspnée croissante donnera le signal d'alarme et il ne faut pas attermoyer à cause de la brusquerie avec laquelle survient l'accident.

Contre la compression de la trachée et l'asphyxie consécutive, l'opération la plus simple en apparence, qui s'est présentée à l'esprit du chirurgien et du praticien surtout, a été la *trachéotomie*. En outre qu'elle met aux prises à de grandes difficultés, il résulte des observations qu'elle expose presque fatalement à la broncho-pneumonie et elle ne doit être employée que comme moyen extrême, lorsqu'ont échoué les autres moyens de libérer la trachée comprimée, par une intervention sur la glande elle-même.

Les différents traitements chirurgicaux employés sont la ponction, l'incision, l'extirpation du lobe suppuré, thyroïdectomie sur une glande saine, strumectomie dans les cas de strumite.

Le premier procédé de la *ponction* présente l'avantage d'être facile pour une collection limitée

et palpable et de ne pas laisser de cicatrice. Mais, en général, il ne se produit pas une évacuation suffisante du pus. Une partie restera retenue dans des anfractuosités ; la poche se remplira à nouveau, pourra être évacuée plusieurs fois, puis se reproduire, ou bien une fistule persistera, sans qu'il y ait tendance à une guérison définitive. Dans certains cas cependant, cette seule évacuation est suffisante. Il semble que la thyroïdite à pneumocoque puisse avantageusement bénéficier de ce mode de traitement. C'est le pneumocoque que l'on a trouvé chez le malade de Duguet : la guérison survint après la ponction suivie d'aspiration avec l'appareil de Potain. Et nous savons, de par ailleurs, en concordance avec cette déduction, que les suppurations pneumococciques en général, dans les plèvres ou le péritoine en particulier, peuvent guérir par la simple ponction.

Mais il est plus pratique et plus sûr d'avoir recours à l'*incision*. Il est tout indiqué d'agir ainsi comme on agirait en présence d'un abcès chaud, en procédant méthodiquement, couche par couche, pour arriver à faire sourdre le pus. Il ne faut pas craindre les larges incisions qui ont toujours l'avantage de donner du jour pour aller à la recherche des foyers profonds et de permettre un écoulement plus facile. La direction qu'il faudra donner à l'incision sera déterminée par les circonstances du moment, par le siège de l'abcès, le maximum de fluctuation ; autant que possible

dans la partie la plus déclive pour faciliter l'évacuation et, considération d'ordre secondaire, pour dissimuler la cicatrisation consécutive. Non seulement on malaxera et exprimera la région enflammée, mais on explorera la cavité avec les doigts ; on fouillera les parois, à la recherche des anfractuosités ou des cloisonnements qui peuvent retenir le pus. On drainera soigneusement et dans la suite on surveillera de près la cicatrisation qui se fera dans de bonnes conditions, par accolement postérieur et la guérison sera rapide.

Mais malgré les précautions il peut arriver de ne pas obtenir un résultat définitif par la simple incision. Dans la thyroïdite vraie, partielle ou totale, on peut avoir affaire à une infiltration étendue de la glande, que ne suffit pas à mettre à jour une large incision ; le processus inflammatoire suit son évolution en ces points qui ne sont pas en communication avec la grande poche purulente et il peut se former de nouvelles collections indépendantes, susceptibles de propager l'infection dans la région péri-thyroïdienne et les organes voisins ; ou bien le drainage est inefficace parce qu'il y a dans certains cas, de gros blocs glandulaires, sphacélés ou en voie de sphacèle, infiltrés de pus, qui baignent au milieu du foyer, ou parce que les portions périglandulaires offrent des surfaces suppurantes et des décollements étendus.

Dans les strumites la cavité purulente se trouve limitée par une coque, ce qui est une condition

favorable pour une évacuation simple et cette coque se détruit, se désagrège, en un certain nombre de jours par un travail de dissociation du pus sur ses éléments. La guérison surviendra après quelques semaines de drainage par accolement progressif du tissu glandulaire sain. Mais parfois le kyste persiste avec sa paroi intacte ou végétante et celle-ci n'a pas de tendance à s'éliminer. Elle est trop dure pour revenir sur elle-même dans ces vieux goîtres scléreux peu vivaces et entretient une suppuration rebelle à tous les lavages modificateurs possibles ; ou bien l'écoulement du pus est insuffisant malgré le drainage, l'emploi de mèches, l'aspiration, et il stagne dans les parties déclives quand la poche est profonde, qu'une ouverture n'a pu être faite dans la paroi inférieure de la poche. C'est pourquoi, si les suppurations de l'isthme ou des lobes, haut situées, sont assez favorables au traitement par la simple incision, il n'en est pas de même, en particulier, de certaines strumites profondes, plongeantes, développées en arrière du sternum. Non seulement elles exposent, dès le début, aux accidents graves de la compression, mais dans la suite, même après large incision, aux accidents septicémiques, car les meilleures conditions restent encore réalisées pour entraîner la rétention des produits septiques et leur diffusion. Ceux-ci stagnent mieux que « dans une cuvette » au milieu de végétations adhérentes et d'anfractuosités qui multiplient les surfaces de

résorption ; le drainage est presque illusoire quelle que soit la position des malades. Ils sont exposés aux broncho-pneumonies infectieuses, aux médiastinites et pleurésies ainsi qu'aux ulcérations vasculaires, perforations, etc.

Donc, si en général, le traitement de toute thyroïdite suppurée consistera d'abord dans l'incision et le drainage aussi parfait que possible, il est des cas où l'ablation en masse, du lobe suppuré est indiquée d'emblée. C'est la *thyroïdectomie primitive*, préconisée par Kümmer (*Revue de chirurgie*, 1891). C'est la *strumectomie primitive*, dans les cas de strumite.

« L'extirpation, dit-il, si possible, sans ouverture du kyste, doit être considérée, en principe, comme le traitement idéal, car elle supprime d'un coup, le foyer de la maladie, en mettant le malade à l'abri d'une suppuration très prolongée et d'une récidive, ce qui est à craindre, chaque fois que le traitement n'a consisté qu'en une simple incision. »

« L'extirpation totale du lobe malade est surtout des plus avantageuses dans les cas où l'évacuation du pus devient nécessaire, à une période où il se trouve logé dans la profondeur de la glande. »

Une autre considération que Kummer relève en faveur de la strumectomie primitive, c'est que la strumite se développe dans une glande hypertrophiée, justiciable de l'extirpation surtout dans les

cas où les malades souffrent de compression antérieurement.

A propos des difficultés techniques à envisager, si on retarde cette opération et qu'elle devienne ensuite nécessaire, Kummer évoque qu'au cas où la strumite primitivement aiguë devient chronique, par suite de peristrumite, l'extirpation sera plus difficile, comme cela se présente pour l'extirpation des goîtres, traités antérieurement par la teinture d'iode ou autres irritants.

Voici la technique opératoire employée par Kummer dans les deux cas qu'il a relatés. Incision angulaire : génératrice supérieure de l'angle, oblique de haut en bas et l'inférieure verticale.

Le peaucier, les muscles sterno-mastoïdiens et sterno-thyroïdiens sont sectionnés.

Les vaisseaux thyroïdiens supérieurs sont coupés entre deux ligatures ; puis décollement du lobe, par la partie postérieure. Le pôle inférieur atteint, on isole l'artère thyroïdienne inférieure, qui est ensuite liée et coupée. Au niveau de l'isthme une forte ligature en masse est pratiquée. On isole le lobe, que l'on va enlever, au thermo-cautère, entre deux ligatures.

A propos des accidents opératoires, Kummer eut une paralysie de la corde vocale droite. L'auteur attribue cet accident à sa méthode opératoire : opération commencée par la thyroïdienne supérieure, tandis qu'il considère qu'en attaquant auparavant les vaisseaux inférieurs qui ont des rap-

ports avec le nerf laryngé inférieur, on pourra isoler et ménager ce nerf.

« Il n'est pas nécessaire d'ajouter, dit Kummer, que l'extirpation ne doit jamais être bilatérale pour ne pas amener les symptômes de la cachexie strumiprive. »

Cette opération a l'avantage d'offrir une grande netteté du champ opératoire qui ne sera souillé, ni par le pus qui reste enkysté, ni par le sang, puisqu'on a lié les vaisseaux par avance.

Il est rationnel, cependant, de faire une simple strumectomie et de ménager le lobe au cas d'une strumite bien limitée.

Pour cette opération, le tracé d'incision très variable, suivant les chirurgiens, dépendra surtout du siège de la tumeur.

Méthodiquement on incisera la peau, l'aponévrose, les plans musculaires et on arrivera à la capsule thyroïdienne ; il faut atteindre le point fluctuant. Si l'abcès est périphérique et siège directement, sous la capsule, on va l'énucléer avec le doigt ; mais s'il est profond, l'opération est plus délicate : il faut inciser le tissu thyroïdien, qui saigne abondamment ; le bistouri en arrivant sur l'enveloppe de l'abcès, donnera une sensation spéciale. Alors, avec le doigt, on procédera à l'énucléation.

Si au lieu d'une seule collection, il s'en trouve plusieurs disposées en îlots, on essayera de les dégager successivement, en évitant de les ouvrir.

D'après les auteurs, cette méthode radicale ne présenterait pas de graves inconvénients. L'hémorragie s'arrêterait facilement par le tamponnement, quand on ne fait pas la ligature. Le choc opératoire ne serait pas trop intense, ni les dangers d'asphyxie plus menaçants, que dans l'opération d'un goître nodulaire ordinaire, surtout si on se borne à faire l'anesthésie locale, toutes les fois qu'on le peut.

En face de certaines difficultés, on procède d'abord à l'évacuation de la collection, et on complète par la strumectomie.

Notons qu'une *strumectomie partielle*, au moment de l'incision, comme elle fut pratiquée par le Dr Lepetit, chez sa deuxième malade (Obs. III) peut suffire et éviter une intervention ultérieure.

Dans les formes infectieuses aiguës, lorsque le sujet se trouve dans un état général précaire, présente des troubles respiratoires, une intervention simple, rapide est seule permise. On se borne, par une large incision avec drainage, à parer aux premiers accidents, quitte à faire, secondairement, l'ablation du lobe suppuré, si la simple incision ne suffit pas.

C'est aussi la conduite qui est tenue en pratique, pour la plupart des cas, car il n'est guère facile de reconnaître à l'avance, les strumites rebelles à l'incision. La simplicité et l'efficacité souvent constatées de l'incision suivie de drainage dans des strumites qui semblaient, à priori, peu aptes

à en bénéficier, semblent restreindre les indications de l'ablation primitive.

Donc, en dehors de certaines conditions locales favorables ou d'une résistance spéciale du sujet, la strumectomie primitive est rejetée en faveur de la *strumectomie secondaire précoce intra-fébrile* (Delore). Si quelques jours après l'incision, les oscillations thermiques prouvent l'existence de rétention, si les pansements minutieux et fréquents avec drainage, mèches soigneusement placées, curettage même (Nicaise) ne tarissent pas l'écoulement, alors l'infection menace de diffuser dans la région cervicale et de provoquer des métastases pulmonaires et tous les accidents inhérents aux rétentions du pus. Le chirurgien doit alors pratiquer l'ablation du kyste suppuré.

Le manuel opératoire consiste à rechercher le plan de clivage périkystique et à réséquer la poche. Le sujet est moins exposé à des accidents respiratoires que pour une thyroïdectomie primitive ; il est souvent dans un état de resistance meilleur. Après l'intervention, la guérison survient rapidement.

Enfin on procédera à une *ablation secondaire post-fébrile*, strumectomie en général, quand le tissu fibreux de cicatrisation, formant parfois de gros noyaux indurés, occasionnera des phénomènes de compression. Il en sera de même en cas de suppuration prolongée, lorsqu'il existe des trajets fistuleux. (Obs. IV).

Les complications subiront un traitement approprié à chacune d'elles.

Nous avons vu que l'incision arrivait, en général, à soulager le malade de sa dyspnée et de ses accès de suffocation. Quelquefois elle ne donne aucun résultat contre la compression. On tente alors une thyroïdectomie partielle, qu'on sera rarement obligé de faire suivre d'une trachéotomie.

Pour les suppurations à distance, il est impossible de fixer de règles particulières, il faut dégager le pus, arrêter la marche de la suppuration par de larges incisions dans les parties les plus déclives et pour cela, ne pas hésiter, le cas échéant, à faire une résection du manubrium, une trépanation du corps du sternum.

Conclusions

La thyroïdite aiguë est une complication rare de la grippe. Aux quelques cas signalés, on peut rattacher probablement, plusieurs des thyroïdites, dites a frigore, des anciennes observations.

C'est une manifestation tardive de la grippe et une complication secondaire, souvent due à des associations microbiennes, aux microbes parasites ordinaires des premières voies respiratoires, lesquelles sont en relation veineuse avec le corps thyroïde. L'infection se ferait principalement par la voie sanguine.

La gravité de la thyroïdite aiguë grippale, dépend des espèces microbiennes en cause. Elles ne furent pas très virulentes dans les cas observés.

La gravité principale consiste dans les complications éventuelles dues à la compression et à la suppuration vers les organes voisins ; certains goîtres plongeants, latéraux, y prédisposent.

Elle nécessite, en prévision de ces accidents, un traitement énergique. Eclairé par l'anatomie pathologique de cette affection, qui est une acquisition nouvelle de la médecine, on déduit :

Qu'au premier stade de la thyroïdite, qui est une congestion, la guérison peut survenir par résolution, avec l'aide du traitement médical, surtout dans les thyroïdites vraies. Les strumites sont presque fatalement suppurées.

En cas de suppuration — laquelle est difficile à percevoir — l'incision est l'opération à pratiquer généralement.

La thyroïdectomie primitive est indiquée sur un sujet en état de résistance, quand il s'agira de thyroïdite parenchymateuse, profonde, à îlots de suppuration multiples ; quand il s'agira de goîtres plongeants, rétro-sternaux enflammés ; quand une incision ne suffira pas à amender la compression.

On pratiquera plutôt une thyroïdectomie secondaire intra-fébrile ou post-fébrile quand l'incision se manifestera ultérieurement insuffisante.

Vu : le Doyen, *Vu : le Président de thèse,*

L. LANDOUZY. SEGOND.

Vu et permis d'imprimer :

le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

Bibliographie

BAUCHET. — Thyroïdite. *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, 1857.

BAUMANN. — Ueber Vereiterung der schilddruse. Thèse de Zurich, 1856.

BASSO. — Des thyroïdites aiguës. 1892.

BÉRARD. — Thèse de Lyon, 1896 (pages 87-88).

— In Traité de chirurgie, Le Dentu et Delbet. (T. XX).

BROCA A. — In Traité de chir., de Duplay et Reclus (2e édit. 1898, T. V).

BRITISH MÉDICAL JOURNAL, 1895 (pages 977, 1090, 1264, 1375).

CHARVOT. — Etude clinique sur les goîtres sporadiques infectieux. *Revue de chirurgie*, 1890.

CLERC. — Goître exophtalmique, suite de grippe. *Normandie Médicale*, Rouen, 1901.

CRISTIANI. — Néo-thyroïdites infectieuses expérimentales. *Revue médicale de la Suisse*, 1903.

DANIEL MOLLIÈRE. — Comptes rendus de la Société méd. de Lyon, 1873.

DELORE. — De la thyroïdectomie dans les thyroïdites aiguës suppurées. *Gazette hebd. de méd. et de chirurgie*, 1902.

DELEUIL. — De la thyroïdectomie dans les thyroïdites aiguës suppurées. Thèse de Lyon, 1902-1903.

GAILLARD. — La grippe. Paris, 1898.

GAILLARD. — Thyroïdite aiguë grippale terminée par la résolution. *Soc. méd. des Hôp.*, 1895.

GALTIER. — De la thyroïdite aiguë primitive. Thèse de Paris, 1881.

GARNIER. — La glande thyroïde dans les mal. inf. Thèse de Paris, 1899.

GAUCHER. — Sur la grippe. *Société méd. des Hôp.*, 1890.

GÉRARD-MARCHAND. — Art. thyroïde du nouveau Dict. de méd et chir. prat., 1883.

GÉRARD-MARCHAND. — V^e^ Congrès de chir. Paris, 1891.

HOLZ. — *Société de médec. de Berlin*, 8 janv. 1890.

JEANSELME. — Des thyroïdites infect. *Arch. génér. de méd.*, 1893.

JEANSELME. — Thyroïdites et strumites infect. *Gaz. des Hôp. de Paris*, 1895.

KUMMER et TAVEL. — Deux cas de strumite hématogène. Etiologie et Traitement. *Revue de chir.*, 1891.

LEBERT. — Die Krankheiten der schilddruse und ihre Behœndlung, 1862.

LEPETIT. — *Centre médical*, 1908.

MARTINACHE. — De l'inflammation aiguë du corps thyroïde. Thèse de Paris, 1861.

J.-L. PETIT. — Traité des maladies chirurgicales. Paris, 1774.

NETTER. — La grippe. In Traité de méd. Gilbert et Thoinot.

RASCOL. — Contribution à l'étude des thyr. infect. Thèse de Paris, 1891.

RŒLLINGER. — De la thyroïdite aiguë. Thèse de Paris, 1881.

ROGER et GARNIER. — Gl. thyr. dans mal. infect. *Presse méd.*, 19 avril 1899.

VIANNAY. — *Province médicale*, 1900 (page 403).

WŒLFER. — Arch. f. clin. chir. (T. XXIX).

CASTAY. — Etat actuel du problème bactériologique de la grippe. Thèse de Paris, 1909.

Table des Matières

Introduction. — Historique..... 11

Observations..... 15

Etiologie. — Pathogénie..... 39

Anatomie pathologique..... 44

Symptomatologie. — Evolution. — Complication..... 51

Diagnostic..... 59

Pronostic..... 63

Traitement..... 67

Conclusions..... 7

Bibliographie..... 8

Imprimerie spéciale H. CHACORNAC
9, Rue de l'Eperon, Paris